



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV): dos presentaciones. Dos aproximaciones

Paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT): Two presentations. Two approaches

Caso 1

Paciente mujer, de 57 años que acude a urgencias de nuestro centro de Atención Primaria por palpitaciones de aparición súbita, con sensación disneica, unos minutos antes, tras salir de la visita periódica a su madre, ingresada en un centro geriátrico, afecta de enfermedad de Alzheimer. No relata patologías médicas ni toma de fármacos. Se constata su situación hemodinámicamente estable, así como que el electrocardiograma de superficie nos muestra un ritmo regular, a 180 latidos por minuto, con un QRS estrecho y sin una aparente actividad auricular, compatible con una taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) (fig. 1). Con dicho diagnóstico se traslada al hospital de referencia, donde tras la rápida administración intravenosa de adenosina 6 mg¹, pasa a ritmo sinusal. El ecocardiograma informa de ausencia de cardiopatía estructural. Se envía a estudio electrofisiológico que explicita una taquicardia auriculoventricular por reentrada nodal, procediéndose con éxito a la ablación de la vía lenta nodal, en el istmo cavo-tricuspidé, tras comprobarse posteriormente la no inducibilidad de la taquicardia ni de forma basal ni bajo infusión de isoproterenol. La paciente al año de seguimiento está asintomática, sin tratamiento médico.

Caso 2

Paciente varón, de 79 años que acude a la consulta de Atención Primaria, explicando sensación de mareo tras la comida de mediodía. Relata episodio similar un mes antes durante una comida familiar, que cedió espontáneamente en unos minutos. Está en tratamiento médico con simvastatina 20 mg/día por su hipercolesterolemia; con tamsulosina 0,4 mg/día por su hiperplasia benigna de próstata; bisoprol 2,5 mg/día y enalapril 20 mg/día por su hipertensión

arterial. Se constata una frecuencia cardíaca rápida, por lo que practicamos electrocardiograma, que nos muestra (fig. 2) una taquicardia regular a 128 latidos por minuto, con QRS estrecho, sin una aparente actividad auricular, compatible con TPSV. Con dicho diagnóstico se traslada al hospital de referencia, donde tras la administración de amiodarona intravenosa, dosis de carga, 5 mg/kg diluidos, en 30 minutos, revierte a ritmo sinusal¹. El ecocardiograma informa de ausencia de cardiopatía estructural. Dado de alta con amiodarona oral 200 mg/día, 5 días a la semana, con el resto de medicación previa sin cambios, permanece asintomático al año de seguimiento. Se le ofreció estudio electrofisiológico, con vistas a una posible ablación, que el paciente rechazó.

Los pacientes con taquicardias sintomáticas, siempre requieren atención médica inmediata.

Se debe mencionar inicialmente que la herramienta básica en el diagnóstico de la TPSV es el electrocardiograma, que nos muestra complejos QRS estrechos con intervalos RR regulares^{2,3}.

Debemos fijar, de entrada, los tipos más comunes de arritmia supraventricular⁴, para situar en su contexto los dos casos más arriba mencionados:

1. Fibrilación auricular.
2. Flúter auricular.
3. TPSV clásica, que es la que aquí nos ocupa.

Taquicardia auriculoventricular por reentrada.

Taquicardia auriculoventricular por reentrada nodal.

Taquicardia focal auricular.

En los casos presentados, el diferente tratamiento farmacológico realizado se justifica por la diferente respuesta ventricular.

En el primer caso, dada la situación de inminente inestabilización hemodinámica, la paciente se mantuvo bajo observación médica, con el material y medicación de parada cardiorrespiratoria activados, con vía intravenosa inserida, en caso de ser necesaria la administración en primera instancia de betabloqueante intravenoso –esmolol– o de calcioantagonista no dihidropiridínico intravenoso –verapamilo– para reducir la respuesta ventricular, que no fue necesario, dado que la ambulancia de emergencias médicas, con personal médico y material de monitorización

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.006>

1138-3593/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. a nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

SHOUT
SHARE IT





Figura 1 Taquicardia paroxística supraventricular a 180 latidos por minuto.

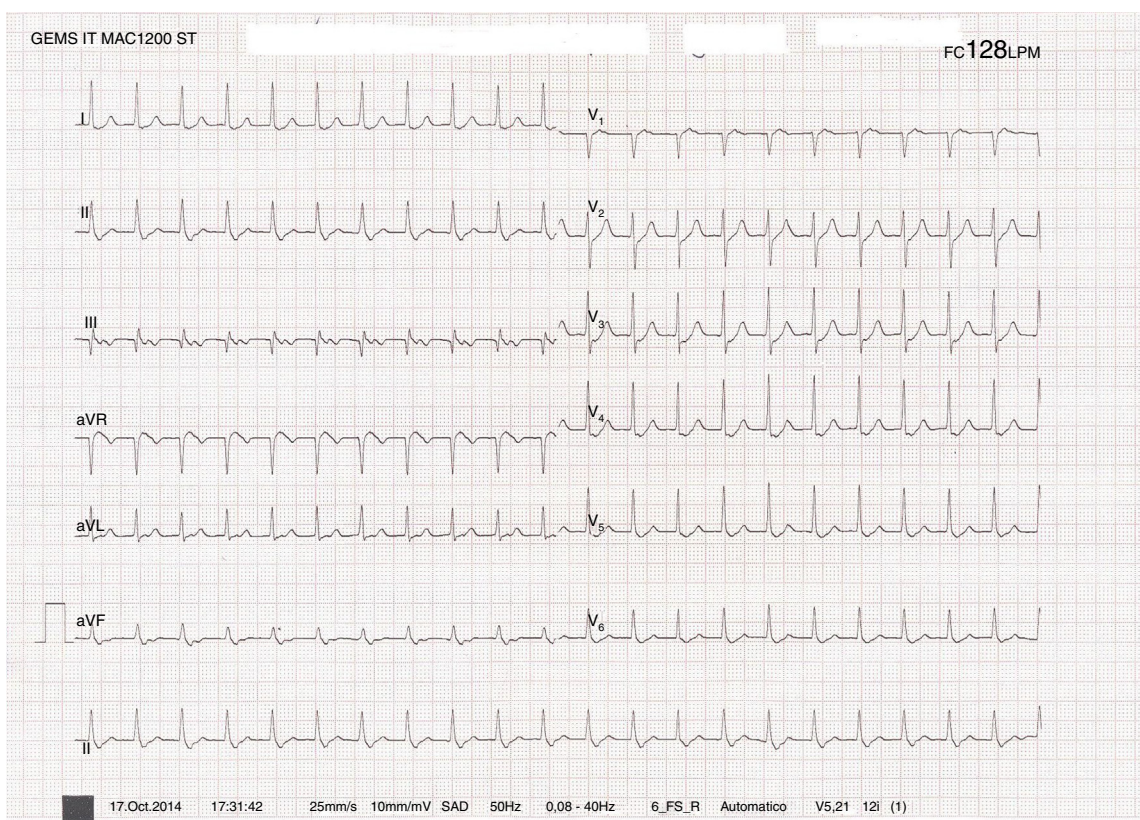


Figura 2 Taquicardia paroxística supraventricular a 128 latidos por minuto.

cardíaca permanente, permitió la administración en las mejores condiciones para la paciente de la adenosina intravenosa, que resultó efectiva, sin complicaciones.

En el segundo caso, dada la ausencia de inminente inestabilidad hemodinámica, por su presentación clínica y su frecuencia ventricular, fue remitido a urgencias hospitalarias, por su propio pie, acompañado de su hija, con la que había acudido a la consulta, para recibir el tratamiento más ajustado a su situación clínica, también intravenosa en su caso y bajo monitorización cardíaca constante.

Las maniobras vagales y la administración de adenosina son útiles en el diagnóstico y tratamiento de la TPSV con QRS estrecho.

Las maniobras vagales –que incluyen la maniobra de Valsalva, el masaje del seno carotídeo, inclinarse hacia delante o la inmersión de la cara en agua fría, entre otras– incrementan el tono vagal y bloquean de este modo el nodo auriculoventricular.

En relación a dicha maniobra de Valsalva cabe mencionar un reciente ensayo clínico randomizado⁵ en el que se testó una variante postural modificada de dicha maniobra, en la que se añadían la posición supina y la elevación de las piernas al final de la misma, consiguiendo unos resultados mejorados, sin efectos secundarios, considerándolo los autores como primer tratamiento de rutina en las taquicardias supraventriculares. Mencionar al respecto también la reciente revisión Cochrane⁶ que no encontró evidencia suficiente para apoyar o refutar la efectividad de la maniobra de Valsalva en cuanto a finalizar un episodio de taquicardia supraventricular.

La adenosina³ debería administrarse, en su caso, a una dosis de 6 mg, vía intravenosa, seguida de un bolo de 20 ml de suero fisiológico. Dado que este fármaco, puede, a su vez, excitar tanto el tejido auricular como el ventricular, es posible la aparición de fibrilación auricular hasta en un 12% de pacientes y una taquicardia ventricular no sostenida de forma excepcional. La adenosina no debería administrarse a pacientes con enfermedad pulmonar broncoespástica.

Aunque el verapamilo o el diltiazem administrados por vía intravenosa, de forma rápida, pueden terminar la taquicardia supraventricular, por su actividad sobre el nodo auriculoventricular, pueden causar hipotensión, por lo que no son de primera elección.

La cardioversión eléctrica se reserva para pacientes con inestabilidad hemodinámica, que no responden a los fármacos aludidos anteriormente –adenosina o calcioantagonistas no dihidropiridínicos por vía intravenosa–.

Un aspecto importante del tratamiento, como se ha constatado en el primer caso, se refiere al estudio electrofisiológico de estos pacientes y la posible ablación, que puede seguir a dicho estudio.

Un breve resumen sobre qué pacientes con taquicardias supraventriculares y cómo deben estos ser referidos a las unidades de electrofisiología, podría ser⁷:

Interconsulta urgente:

- Síncope con palpitaciones al esfuerzo.
- Taquicardia con QRS amplio.
- Síndrome de preexcitación (onda delta).

- Cardiopatía estructural⁸: valvulopatía de grado moderado o severo o estenosis mitral de cualquier grado; infarto de miocardio; miocardiopatía; cardiopatía hipertensiva (hipertensión arterial y grosor de pared posterior o septo > 13 mm.); disfunción diastólica (fracción de eyección < 50%).
- Síntomas severos.

Interconsulta no urgente:

- Resistencia farmacológica o intolerancia.
- Preferencia a no tomar medicación de forma continuada.
- Dudas diagnósticas razonables.

Los especialistas en Atención Primaria que atendemos con frecuencia a pacientes con arritmias, debemos ser conscientes de la complejidad de la arritmología y mantener un contacto estrecho con nuestros colegas especialistas en Cardiología, a efectos de intercambiar y mejorar conocimientos. Y con ello, contribuir, en la medida de lo posible, al bienestar de nuestros pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Cañadas V, Moreno J, Pérez N, Fernández R, Macaya C, Pérez J. ¿Hay un lugar para los fármacos antiarrítmicos? *Rev Esp Cardiol Supl.* 2010;10:69A–77A.
2. Almendral J, Castellanos E, Ortiz M. Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:456–69.
3. Link MS. Evaluation and initial treatment of supraventricular tachycardia. *N Engl J Med.* 2012;367:1438–48.
4. Marine J. Catheter ablation therapy for supraventricular arrhythmias. *JAMA.* 2007;298:2768–78.
5. Appelboom A, Reuben A, Mann C, Gagg J, Ewings P, Barton A, et al. Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;386:1747–53.
6. Smith GD, Fry MM, Taylor D, Morgans A, Cantwell K. Effectiveness of the Valsalva manoeuvre for reversion supraventricular tachycardia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2:CD009502.
7. Whinnet Z, Afzal SM. Diagnosis and management of supraventricular tachycardia. *BMJ.* 2012;345:e7769, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7769>.
8. Alegret J, Viñolas X, Grande A, Castellanos E, Asso A, Tercedor L, et al. Utilidad en la práctica clínica del tratamiento antiarrítmico tras la cardioversión eléctrica en pacientes sin cardiopatía estructural. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:1274–9.

J. Verdú Solans*, M. Soler Costa, A. Molero Arcos
e I. Ojeda Cuchillero

*Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención
Primaria La Gavarra, Institut Català de la Salut, Cornellà
de Llobregat, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jverdu@ambitcp.catsalut.net
(J. Verdú Solans).